Ueber den Verlauf des s. g. Typhus ambulatorius.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe

einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Universität Leipzig

vorgelegt von

Rudolf Göpfert
Medizinalpraktikant in Hannover.

LEIPZIG.
Druck von Emil Lehmann
1909.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
zu Leipzig. 6. November 1909.

Referent: Herr Geheimer Rat Prof. Dr. Curschmann.

Seinen lieben Eltern
gewidmet in Liebe und Dankbarkeit.

Während über viele abnorme Verlaufsarten des Typhus abdominalis eine sehr reichhaltige Literatur vorhanden ist, finden wir den Typhus ambulatorius nicht so ausführlich behandelt. Er wird nur in den Lehrbüchern und Spezialwerken über Typhus kurz gestreift. Bei der Wichtigkeit dieser Erkrankung in Bezug auf die Folgen, die dadurch, daß sie überhaupt nicht diagnostiziert und deshalb fälschlich behandelt wurde, eintreten können, möge es mir erlaubt sein, mich in der folgenden Arbeit näher damit zu befassen. Es kommt mir dabei darauf an, alles, was bisher darüber geschrieben wurde, einmal zusammenzufassen und zu untersuchen, inwieweit die in hiesiger Klinik gemachten Erfahrungen sich mit den Angaben der betreffenden Literatur decken. Freilich war es mir nicht möglich, alle Krankengeschichten über den Typhus ambulatorius heranzuziehen. Viele derselben sind wegen der Unsicherheit der Diagnose dieser Erkrankung anderen Krankengeschichten wie z. B. über Influenza, Peritonitis usw. beigeordnet worden. Ich habe sämtliche über den Typhus abdominalis geführten Krankengeschichten von 1889—1908 einer genauen Durchsicht unterzogen, und ihnen die zur Veröffentlichung geeigneten Fälle entnommen. Dabei habe ich undeutlich ausgeprägte Fälle und solche, bei denen es mir zweifelhaft schien,

ob es sich um einen Typhus ambulatorius handelte oder um einen Abdominalis mit nur verzögertem Prodromalstadium, unbeachtet gelassen. Gar oft fehlte wegen Somnolenz der betreffenden Kranken eine genaue Anamnese, und diese ist doch für die Beurteilung eines Falles gerade bei unserer Erkrankung sehr wesentlich.

Ich halte es nun für zweckmäßig, erst einen kurzen Ueberblick über den Verlauf des Typhus ambulatorius zu geben und dann erst auf Grund unserer Krankengeschichten, die ich dann folgen lasse, die Angaben der Literatur nachzuprüfen.

Wie Curschmann (1) in seiner Monographie über den Unterleibstyphus sagt, ist die Bezeichnung „ambulatorius" zuerst von Griesinger eingeführt. Es knüpft dieser Ausdruck an das auffälligste Symptom an, nämlich daran, daß die Kranken während ihrer Krankheit nicht bettlägerig sind, sondern herumgehen und mehr oder weniger vollständig ihrer gewohnten Tätigkeit entsprechen. Die Ursache für diese abnorme Verlaufsart ist teils in äußeren Verhältnissen, teils in der Individualität der betreffenden Kranken zu suchen, teils ist sie nicht bekannt. Daß die Schwere der Intoxikation dabei eine gewisse Rolle spielt ist sehr wahrscheinlich. Griesinger (2) schildert den Typhus ambulatorius in folgender Weise: die Kranken fühlen sich matt, nachdem sie vorher einen ganz gesunden Eindruck machten, sie klagen über Schmerzen in allen Gliedern, im Kopf und im Leib. Sie sind appetitlos, schlafen nachts schlecht und leiden unter starken Schweißen. Infolgedessen fühlen sie sich schwach, ermüden leicht bei ihrer Arbeit. Manchmal schleppen sie sich mühsam dahin, dann geht es wieder besser, so daß sie bei geringer Aufmerksamkeit nicht den Eindruck eines Schwerkranken machen. Eine plötzliche Darmblutung oder

Perforation kann dann der Krankheit schnell ein Ende machen, und man findet dann bei der Sektion zuweilen sehr ausgebreitete und schwere Erkrankungen der Darmschleimhaut, die nicht im Einklang stehen zu den leichten Symptomen, die zu Lebzeiten des Kranken bestanden. Meistens erholen sich aber die Kranken allmählich und niemand hat hinter den leichten allgemeinen Krankheitserscheinungen einen Abdominalis vermutet.

Nach dieser kurzen Schilderung lasse ich nun die Krankengeschichten, die dem Typhus ambulans zuzurechnen und in der Leipziger mediz. Klinik von 1889 bis 1908 geführt worden sind, folgen.

Fall I.

K. Max, Müller, 19 Jahre.

Krankheitsanfang: 14. X. 89.

Tag der Aufnahme: 4. XI. 89.

Anamnese: Familienanamnese o. B. Patient hat als Kind Blattern gehabt, sonst war er immer gesund. Seit Anfang Sept. leidet er an Durchfällen. Am 14. Okt. plötzliche Verschlimmerung mit Schüttelfrost, Erbrechen, Kopfschmerzen. Die Durchfälle, die jetzt noch bestehen, sind weniger heftig und zeigen eine wässrige Beschaffenheit. Seit einigen Tagen klagt Patient über Schmerzen in den Beinen. Er lag seit dem 14. X. 14 Tage darnieder und wurde nach Ablauf der 14 Tage gesund geschrieben, angeblich ohne gebessert zu sein. Pat. reiste darauf nach Leipzig und machte dabei oft große Fußtouren, welche ihn ungewöhnlich schnell ermüdeten, ihm heftige Schmerzen in den Beinen, besonders in den Knöcheln verursachten. Die Durchfälle bestanden dabei fort. Am 14. XI. 89. Aufnahme ins hiesige Krankenhaus.

Status: kräftiger Mensch, vollkommen klar.

Thorax: o. B.

Cor.: II. Aortenton und Pulmonalton klappend.

Abdomen: ziemlicher Meteorismus, Milz nicht sicher palpabel.

Puls: weich, dikrot.

8. XI. Ueber beiden Lungen hört man kleinblasiges Rasseln. Das Sputum ist dickflüssig. Es finden sich darin Spuren von Blut.

10. XI. Die Bronchitis ist geringer geworden. Der Patient läßt jetzt häufig rein typhöse Stühle. Blut ist darin nicht zu finden.

18. XI. Miliaria crystallina.

24. XI. Der Puls ist klein, tardus. Ueber der Herzspitze und der Aorta hört man ein leises systolisches Geräusch. Der 2. Aortenton ist accentuiert. Milztumor besteht nicht.

16. XII. Patient wird nach normaler Rekonvalescenz entlassen.

Kurve: Bei der Einlieferung und in den darauf folgenden Tagen Continua um 40° herum. Die Kurve zeigt täglich 2—3 Spitzen. Nach elftägiger Continua tritt die Krankheit in das Studium der steilen Kurven über. Dieses dauert 4 Tage, darnach erfolgt Abfall zur subnormalen Temperatur. Bis zur Entlassung des Patienten bleibt die Temperatur unter 37°. Der Puls ging in der Hauptsache der Temperatur parallel.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen Typhus ambulatorius, der seit Anfang September unter allgemeinen Symptomen verlief, wie wir sie bei Magen-Darmerkrankungen finden, ohne schwere Erscheinungen zu machen. Erst Schüttelfröste werfen den Patienten aufs Lager, aber nur vorübergehend, so daß der Patient bereits nach 14 Tagen größere

Fußtouren unternehmen konnte, bis sich endlich am 4. XI., also ca. 2 Monate später nach dem Auftreten der ersten Beschwerden, ein Typhus als Ursache für die Klagen des Patienten nachweisen ließ.

Fall II.

G., Alois, 17 Jahre.

Krankheitsanfang: 20. X. jedoch zweifelhaft.

Tag der Aufnahme: 1. XII. 89.

Anamnese: Vater am Typhus gestorben. Mutter und Geschwister sind gesund. Als Kind hat Pat. zweimal Masern durchgemacht. Vor 8 Tagen bekam er auf der Wanderschaft in Halle mittags Frost und Kopfschmerzen, fühlte sich matt und verlor den Appetit. Trotzdem setzte er seine Wanderschaft nach Leipzig fort und arbeitete hier noch am Mittwoch und Donnerstag früh, bis er sich so schwach fühlte, daß er am 31. XI. in der „Heimat“ blieb und heute am 1. XII. sich ins Krankenhaus aufnehmen ließ. Gefroren hat Patient seit 8 Tagen, seit 3 Tagen hat er täglich 1 Mal diarrhoeische Stühle gehabt, seit 4 Tagen klagt er über Schmerzen im Hals besonders beim Schlucken, und über Schmerzen im Leib. Pat. will nirgends mit Typhuskranken zusammen gewesen sein. 5 Tage, ehe er krank zu werden begann, war er von Magdeburg nach Halle a. S. zugereist.

Status: mittelgroßer, kräftiger junger Mann.

Kopf o. B.

Thor. o. B.

Abdomen: Meteorismus, zahlreiche Roseolen. Milz nicht palpapel.

9. XI. Bisher remittierendes Fieber. Heute heftiges Nasenbluten. Remissionen ziemlich gleichmäßig. Continua um 40°.

23. XI, Das bis jetzt bestehende Fieber fällt ab. 5 Tage steile Kurven.

14. XII. Patient ist heute außer Bett, er fühlt sich noch schwach. Der Appetit ist gut. Häufig hat er noch unter Nasenbluten zu leiden.

4. I. nach normaler Rekonvalescenz wird der Patient als geheilt entlassen.

Epikrise: Auch hier handelt es sich um einen Typhus ambulatorius, der durchgemacht wurde, oder wenigstens schon bestand, während der Kranke noch größere Fußtouren unternahm. Mattigkeit, Kopfschmerzen und Durchfälle waren die einzigen Beschwerden, über die der Pat. zu klagen hatte. Später hat er dann Schluckbeschwerden und Frostgefühl bekommen, so daß diese anginösen Beschwerden ihn wohl zuerst ins Krankenhaus getrieben haben dürften. Der weitere Verlauf zeigt den des gewöhnlichen Abdominalis, remittierendes Fieber und Abfall zur Norm in steilen Kurven.

Fall III.

F., Werner, 19 Jahre.

Krankheitsanfang: vor 4 Wochen.

Tag der Aufnahme: 23. IX. 89.

Anamnese: Pat. will stets gesund gewesen sein. Seit 4 Wochen fühlt er sich unwohl, hat Schmerzen im Rücken und Stechen auf der Brust, Appetitlosigkeit, Mattigkeit. Abends hat er bald Frost, bald Hitze. Nachts kann er nur wenig schlafen. Trotzdem arbeitete er bis zum 20. IX. fort. In den letzten Wochen mäßige Schmerzen beim Schlucken. Freitag den 20. IX. fühlt er sich noch unwohler, er sucht den Arzt auf, welcher ihn zu Bett schickt und ihm etwas gegen seinen Halsschmerz verordnet. Am 23. Aufnahme ins hie-

sige Krankenhaus. Stuhl war während der letzten Wochen meist angehalten. Am 23. war der letzte Stuhl diarrhoeisch.

Pat. gibt an, daß die Tochter seiner Wirtin am Typhus erkrankt ist, ein Arbeiter aus derselben Fabrik, wo Pat. beschäftigt ist, befindet sich hier wegen Typhus in Behandlung.

Epikrise und Verlauf: Da eine Krankengeschichte nicht geführt worden ist, ist mit Zuhilfenahme der Kurve nur soviel zu sagen, daß es sich um ein Typhusrecidiv handelte, welches am 24. IX. einsetzte und am 13. XII. seinen Abschluß fand. Am 9. XII. begann das Stadium der steilen Kurven, das 5 Tage dauerte. Darnach 4 Tage subnormale Temperaturen, dann Temperatur wieder normal. Milztumor und Roseolen waren vorhanden, die Pulszahl war während der Continua, die sich um 40° bewegte, auffallend gering. Patient konnte am 23. XI. nach normaler Rekonvalescenz geheilt entlassen werden.

Fall IV.

G., Andreasi Primo, 20 Jahre.

Krankheitsanfang: unbekannt.

Tag der Aufnahme: 16. IX. 09.

Anamnese: Da der Pat. Italiener und der deutschen Sprache nicht ganz mächtig ist, kann nur soviel in Erfahrung gebracht werden, daß er 4—5 mal an hohem Fieber gelitten, welches aber nur kurze Zeit angedauert hat. Schmerzen hat er nicht gehabt, hat auch immer dabei gearbeitet.

Status: kleiner, ziemlich kräftig gebauter, muskulöser Mann.

Thor. o. B.

Puls: voll, kräftig, mäßig, beschleunigt, regelmäßig.

Abdomen: ziemlich stark aufgetrieben, nirgends druckempfindlich, nirgends abnorme Resistenz.

Leber nicht vergrößert.

Milz überragt um 3 Finger den Rippenbogen und ist hier mit ihrem scharfen Rand als außerordentlich hart und resistent zu fühlen. Druckempfindlichkeit besteht nicht. Die Dämpfung reicht bis in die vordere Axillarlinie.

Stuhlgang angehalten.

19. IX. Stark remittierendes Fieber. Remissionen von 2° fast täglich, mitunter auch intermittierend. Objektiver Untersuchungsbefund unverändert. Pat. scheint keine Schmerzen zu haben, er klagt über Appetitlosigkeit. Stuhl ist regelmäßig geformt.

21. IX. Ausbruch von Roseolen auf Brust und Leib. Fieber immer intermittierend. Puls ziemlich klein.

2. X. Normale Temperaturen, gutes Befinden, Milztumor verkleinert.

13. X. Milztumor nicht mehr palpabel, Milzdämpfung noch um 1—2 Finger verbreitert.

Ungestörte Rekonvalescenz.

25. X. Geheilt entlassen.

Epikrise: Es handelt sich hier um ein Rezidiv nach einem Typhus ambulatorius, der in der Hauptsache mit geringem Fieber verlaufen ist. 4—5 mal, gibt der Pat. an, habe er hohes Fieber gehabt. Die übrige Zeit, so kann man wohl aus dem Umstande, daß Pat. immer seine Tätigkeit in gewohnter Weise verrichtete, schließen, hat er bedeutende Temperaturen nicht gehabt. Das Rezidiv verlief mit Roseolen und Milztumor, und zog sich über 40 Tage hin, einschließlich der Rekonvalescenz.

Fall V.

St., Emilie, 8 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 25. VIII. 89.

Anamnese: Die Mutter des Kindes hat seit mehreren Wochen einen schweren Typhus. Die Großmutter des Kindes, die während der Krankheit die Mutter versorgt hat, wird gleichzeitig mit dieser heute ins Krankenhaus gebracht. Nach den Angaben des Vaters soll das Kind nicht krank gewesen sein, keine Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit usw. gehabt haben, sondern hatte im Gegenteil guten Appetit. Noch gestern aß es Kartoffeln und Beafsteak, hatte keine Durchfälle.

Status: Blasses, mageres Kind.

Kopf, Zunge feucht, etwas belegt.

Thor.: Lungen geringe bronchitische Geräusche.

Cor.: 1. Ton nicht vollkommen rein.

Abd.: Milz nicht palpapel, Leber überragt den Rippenbogen um einen Querfinger.

31. VIII. Das Kind war immer ruhig, klagte anfangs über Kopfschmerzen, jetzt nicht mehr.

Der Leib war nicht aufgetrieben, nicht druckempfindlich, vorübergehend waren einzelne Roseolen da, Milz war nie vergrößert, Stühle nie charakteristisch.

4. IX. keine Roseolen mehr. Milz nicht vergrößert.

11. IX. Geheilt entlassen.

Epikrise: Der Kurve nach ist mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß ein Recidiv von 5tägiger Dauer nach einem Typhus ambulatorius, der allerdings gar keine Erscheinungen gemacht hat, vorgelegen hat.

Fall VI.

W., Martha, 15 Jahre.

Krankheitsanfang unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 22. VIII. 89.

Anamnese: Patientin hat als Kind Masern durchgemacht. Sie ist auf dem einen Auge völlig blind, auf dem anderen hat das Sehvermögen stark gelitten. Im Alter von 14 Jahren litt sie an Diphterie. Seit dem 11. August etwa hat sie Durchfälle bis zum 19., dann Verstopfung. Seit Wochen hat sie Halschmerzen, besonders beim Schlucken und gewissen Wendungen des Kopfes. Diese setzten Tage und wochenlang aus, um dann tagelang wieder zu erscheinen. Am 11. VIII. bei der Arbeit Kopfschmerzen, Erbrechen. Unter dem Erbrochenen schwarzes Blut, etwa einen Teelöffel voll. Am selben Tage abends Ohnmacht. Beides wiederholt sich am nächsten Tage. Seit dieser Zeit hat sie stärkere Halsschmerzen beim Schlucken und Kopfwenden, ferner klagt sie über Schmerzen beim Husten auf der Brust und im Halse.

Status: Kräftig gebautes Mädchen.

Suspekte Röte auf den Wangen, an der rechten Seite des Halses über dem Manubrium sterni und dessen Umgebung. Die Röte ist großfleckig, die Haarfollikel treten nicht als stärker gerötete Pünktchen hervor.

Kopf: Zunge feucht, stark weiß belegt.

Weicher Gaumen stark gerötet, aber ohne Haemorrhagien. Beide Tonsillen vergrößert, auf der rechten ein eitriger Pfropf, auf der linken stellenweise eitriger Belag, Rachenwand stark gerötet, trocken und mit zähem Schleim bedeckt. Unterkieferdrüsen geschwollen, aber nur wenig druckempfindlich.

Thorax: o. B.

Abdomen: vereinzelte Roseolen.

24. VIII. Seither hohe Continua, heute bis 40,5. Klagen über Hitzegefühl, Kopfschmerzen. Bei einer Untersuchung der äußeren Genitalien zeigte sich gestern eine starke Rötung der kleinen Labien, der Schleimhaut in der Umgebung

der Urethralmündung und des Scheideneinganges. Zu beiden Seiten des letzteren Schwellung und kleine Haemorrhagien. Hymen unregelmäßig begrenzt, scheinbar lädiert. Ziemlich reichliche schleimige Sekretion, hochgradige Schmerzhaftigkeit beim Wasserlassen. Es besteht suspekte Rötung der Vorderarme. Halsaffektion ziemlich unverändert. Lymphdrüsen besonders links noch geschwollen.

26. VIII. Das Fieber hält an. Keine Kopfschmerzen, keine Benommenheit. Keine deutlichen Tonsillarpfröpfe mehr, noch starke Rötung des Rachens, Zunge noch mäßig belegt.

An der linken unteren Bauchgegend 2 Roseolen.

28. VIII. Heute reichlichere an beiden seitlichen Thoraxpartien. Leib ziemlich stark meteoristisch aufgetrieben, druckempfindlich, kein Milztumor, Puls beschleunigt, nicht dikrot.

6. IX. Seit dem 2. IX. stark remittierende Temperaturen. Stuhl auf Einlauf.

17. IX. Nachdem die Patientin bisher 10 Tage fieberfrei war, erfolgte gestern ein jäher Anstieg der Temperatur auf 40,2. Kein Durchfall, kein Milztumor.

24. IX. Die Temperatur ist staffelförmig zur Norm zurückgekehrt. Der Stuhlgang ist dauernd angehalten.

6. X. Die Patientin steht auf, nachdem die Temperatur bis dahin normal geblieben war.

14. X. wird sie nach ungestörter Rekonvalescenz entlassen.

Epikrise: Der vorliegende Fall wird eigentlich erst als Typhus charakterisiert, durch das am 16. XI. auftretende Rezidiv. Bis dahin verlief er mehr unter dem Bilde einer Angina. Eine dazu auftretende diffuse Röte auf der Brust, am Halse, an den Armen legten in Verbindung mit der bestehenden Halsaffektion den Verdacht auf einen Scharlach

nahe. Von Anfang an waren Roseolen vorhanden, doch fehlte dauernd ein Milztumor. Bronchitische Erscheinungen waren da. Die Kurve und das auftretende Rezidiv klärten dann, wie schon gesagt, die Sache auf.

Fall VII.

K., Richard, 30 Jahre.

Krankheitsanfang: vor mehreren Wochen.

Tag der Aufnahme: 17. VIII. 89.

Anamnese: Pat. früher stets gesund.

Vor mehreren Wochen stellten sich zunehmende Mattigkeit und Appetitlosigkeit ein. Trotzdem arbeitete Pat. immer weiter. Am 12. VIII. wurden die Beschwerden so stark, daß er sich genötigt sah, einen Arzt aufzusuchen. Dieser gab ihm ein Medikament, nach dem stärkere Durchfälle und einmaliges Erbrechen auftraten. Auch verordnete er Umschläge auf dem Leib. Pat. blieb von da ab im Bett. Am 17. VIII. kam er mit der Diagnose Typhus ins Krankenhaus.

Status: ziemlich kräftiger Mann.

Sensorium frei.

Zunge feucht, weißlich belegt.

Thor. o. B.

Lungen: spärliche bronchitische Geräusche im Unterlappen.

Herz: o. B.

Puls ziemlich klein, weich, nicht dikrot.

Abd. einzelne blasse roseolenähnliche Flecke.

Palpabler Milztumor.

22. VIII. Temperatur ist zur Norm gesunken.

29. VIII. die Temperatur steigt wieder.

31. VIII. die Temperatur hat 39,7° erreicht.

2. IX. die Temperatur vom 31. VIII. hat sich noch nicht verändert. Milztumor wieder palpabel. Keine Roseolen.

4. IX. Die Temperatur ist heute wieder zur Norm zurückgekehrt.

26. IX. Nach ungestörter Rekonvalescenz Entlassung.

Epikrise: Es liegen hier 2 Rezidive nach einem Typhus ambulatorius vor, der außer Mattigkeit und Appetitlosigkeit weiter keine wesentlichen Beschwerden machte. Zum Liegen kam Pat. erst beim Auftreten des ersten Rezidives, welches nach 5 Tagen seinen Ablauf fand. Nach 7tägiger Apyrexie erhob sich dann die Temperatur wieder und das zweite Rezidiv begann, welches nach 7 Tagen sein Ende nahm. Wiederum werden auch hier die Krankheitserscheinungen erst durch die Rezidive als durch Typhus bedingt offenbar.

Fall VIII.

Sch., Elisabeth, 14 Jahre.

Krankheitsanfang: vor 4 Wochen.

Tag der Aufnahme: 11. VIII. 93.

Anamnese: Als Kind Masern, Scharlach, Diphterie.

Vor 4 Wochen traten bei der Patientin Kopfschmerzen und Schwindelanfälle auf. Sie hatte keinen Appetit, der Stuhl war angehalten. Bald kam auch Fieber hinzu. Sie legte sich deshalb zu Bett, stand aber auf Anraten des Arztes nach 10 Tagen wieder auf. Nach 8 Tagen trat jedoch wieder Fieber auf mit Schwindelanfällen. Gleichzeitig bestanden Schmerzen im Leib und Durchfälle. Nach 3 Tagen Verstopfung. Bisweilen hatte Patientin halbseitige Kopfschmerzen.

Status: ziemlich kleine, leidlich genährte Patientin.

Zunge: feucht, wenig belegt. Submaxillardrüsen beiderseits unbedeutend infiltriert.

Lunge: o. B.

Cor.: 1. Ton leise, unrein. Herzgrenze normal.

Puls: 100. rechts deutlich dikrot, unter mittelgroß, gleichmäßig, Arterie weich, weit.

Leib: ziemlich gespannt, deutlich Ileocoecalkurven.

Milz nicht palpabel.

An der Haut des Rückens, des Abdomens je 5, an den oberen Enden der Oberschenkel und Oberarms vereinzelte Roseolen.

11. VIII. Temperatur 39,5°.

In den folgenden Tagen Ansteigen der Temperatur, um am 14. VIII. 41,2° zu erreichen. An diesem Tage zeigt die Kurve 3 Spitzen.

Ueber den Lungen links hinten unten 4 fingerbreite tympanitische Dämpfung mit abgeschwächtem Atmen und mittelblasigen Rasselgeräuschen. Roseolen treten auf.

18. VIII. Temperatur subnormal. Roseolen abgeblaßt. Die Dämpfung über der Lunge hellt sich auf.

28. VIII. Bis heute war Pat. anhaltend fieberfrei.

4. IX. Patientin steht auf.

9. IX. Patientin ist fast den ganzen Tag außer Bett und fühlt sich wohl.

16. IX. Auf Wunsch entlassen.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen Typhus, der teils im Bett, teils außer Bett durchgemacht wurde. Zeitweise war die Patientin vollständig fieberfrei, bis dann wieder Fieber begleitet von Schwindelanfällen, Leibschmerzen und Durchfällen die Patientin aufs Lager warfen. Die Kranke kam mitten im Verlauf ihres bis dahin ambulant verlaufenden Typhus ins Krankenhaus. Es trat dann noch eine linksseitige Pneumonie hinzu, die dann im Vordergrund der Krankheit steht, so daß man wohl hier von einem Pneumotyphus reden kann, der im Anfange ambulant verlief.

Fall IX.

M., Wilhelm, 27 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 22. IX. 94.

Anamnese: Pat. will, abgesehen von Kinderkrankheiten, keine anderen Erkrankungen durchgemacht haben. Vom 18. VIII. bis zum 6. IX. absolvierte er in Theresienstadt eine militärische Uebung. Während derselben fühlte er sich stets matt und empfand vor allen Dingen früh beim Aufstehen Steifigkeit in den Gelenken und Schwere in den Beinen. Nach Beendigung der Uebung begab er sich zur Erholung in seine Heimat, wo er 4 Tage blieb. Hier schwollen nach seinen Angaben seine Füße und Fußgelenke an, die Schwellung ging aber durch Bäder wieder zurück. Auch will er während der Dauer seines Aufenthaltes Fieber gehabt haben. Am 12. XI. kehrte er nach seiner Meinung vollständig gesund nach Leipzig zurück und arbeitete bis zum Mittag des 19. IX., wo heftige Schmerzen im Nacken und Hinterhaupt mit Schüttelfrost auftraten. Er blieb bis zum 22. IX. zu Hause, ohne daß sein Befinden wesentlich besser wurde, deshalb hierher.

Status: Mittelgroßer muskulöser Mann in etwas herabgekommenen Ernährungszustand.

Kopf: Zunge an den Rändern gerötet. Seitliche Felder weißlich belegt.

Thor. Lungen o. B.

Cor. Grenzen normal.

Herztöne rein. 2. Pulm.-Ton auffallend akzentuiert und dumpf klingend.

Puls: gut gefüllt und gespannt, regelmäßig, ca. 80.

Abd. Auf der Haut des Abdomens ganz vereinzelte roseolenartige Flecke.

Milz ist nicht palpabel.

Am Tage der Einlieferung beträgt die Temperatur 38,7°.

25. IX. Seither Temperatur lytisch abfallend.

28. IX. Subnormale Temperatur bis zur Entlassung, die am 6. X. erfolgt.

Epikrise: Es liegt hier offenbar ein Typhus ambulatorius vor, der schon während der militärischen Uebung des Pat. bestand. Er machte außer Mattigkeit und Gelenkschmerzen resp. Steifigkeit nach längerer Ruhe keine Beschwerden. Später schwollen die Fußgelenke an, Erscheinungen von Seiten des Magen-Darmkanals fehlten stets vollständig. Fieber war teilweise da, teilweise verlief die ganze Sache scheinbar afebril. Schüttelfröste und Schmerzen im Nacken und Hinterkopf führten dann den Patienten ins Krankenhaus, wo sich ein Typhus als Krankheit herausstellte, der dann nach fünf Tagen soweit seinen Ablauf nahm, daß die Temperatur normal wurde. Nach sehr kurzer Rekonvalescenz konnte dann der Patient entlassen werden.

Fall X.

Sch., Ernst, 26 Jahre.

Krankheitsanfang: 1. VI. ? 96.

Tag der Aufnahme: 3. VI. 96.

Anamnese: Pat. war nie wesentlich krank.

In der Nacht vom Sonntag zum Montag (31./I. VI. 2 h) erkrankte Pat. mit Erbrechen, nachdem er vorher wohl zu kalt getrunken hatte. Seitdem fühlt er sich unwohl, klagt über beständigen stechenden Schmerz besonders beim Gehen, der auch manchmal druckartig sein soll und im Abdomen lokalisiert ist. Im Anfang war derselbe vor allem in der Ileocoecalgegend ausgesprochen. Der Appetit war ganz gering. Kopfschmerz bestand nicht, auch wiederholte sich das Er-

brechen nicht mehr. Der Stuhl war angehalten. Pat. arbeitete trotz der Schmerzen im Abdomen bis heute früh und kommt jetzt auf Anraten des Arztes, den er befragte, hierher.

Status: Mittelgroßer, gut genährter Mann.

Zunge weißlich belegt.

Lunge o. B.

Herz o. B.

Puls: 88. gut gefüllt und gespannt.

Abd. Leber und Milz nicht vergrößert. Abdomen mäßig gespannt, in toto leicht druckempfindlich.

Harn: deutliche Indikanreaktion.

Am Tage der Aufnahme beträgt die Temperatur 38,6, sinkt am folgenden Tage auf 37,4.

5. VI. Einmaliges Erbrechen, im Leib diffuse Schmerzhaftigkeit.

8. VI. Letztere hat nachgelassen, das Erbrechen sich nicht wiederholt. Harnverhaltung.

13. VI. Pat. mußte gestern kathederisiert werden, heute auf Decoct. fol. uv. ursi spontan vollständige Harnentleerung, Leib noch sehr empfindlich.

16. VI. Mit leichtem Kopfschmerz Fieberanstieg auf 38,8. Objektiv nichts zu finden.

23. VI. Dem Temperaturanstieg am 16. folgte am andern Morgen vollständiger Temperaturabfall. Darnach ein staffelförmiges Ansteigen bis zur Continua von über 39°, ohne daß irgend welche subjektiven Beschwerden aufgetreten wären. Zunge kaum belegt, immer feucht. Keine Leib- und fast keine Kopfschmerzen. Seit 20. VI. etwas Durchfall. Meist täglich 2 Stühle.

30. VI. Am subjektiven Befinden des Pat. hat sich nichts geändert. Kein Milztumor, keine Roseolen. Die

Temperatur ist lytisch bis auf 37,6° heruntergegangen. Der Durchfall hat seit einigen Tagen aufgehört.

Puls deutlich dikrot, keine Bronchitis.

7. VII. Der Patient ist heute fieberfrei.

22. VII. Die Rekonvalescenz gestaltet sich ganz entsprechend der beim Typhus. Am 19. eintägiger Temperaturanstieg und Frost ohne nachweisbare Ursache.

15. VIII. Seit 10 Tagen ist Pat. außer Bett. Er ist noch ziemlich schwach, der Puls sehr labil.

Auf Wunsch nach Haus entlassen.

Epikrise: Nach der am 1. VII. erfolgten klinischen Vorstellung des Patienten ist der Fall als Typhusrecidiv nach einem Typhus ambulatorius, der mit einer schließlich zur Bettlägerigkeit führenden Perityphlitis typhosa kompliziert war, aufzufassen.

Fall XI.

Sch., Reinhold, 33 Jahre.

Krankheitsanfang: 14. IV. 96.

Tag der Aufnahme: 21. IV. 96.

Anamnese: Pat. hat am 14. IV. nach dem Genusse von kaltem Bier Bluterbrechen mit starken Magenschmerzen bekommen. Trotz Ruhe wiederholte sich die Haematemesis den nächsten Tag noch einige Male, deshalb ins Krankenhaus. Bei Aufnahme infolge des Transportes ein Speiglas dunklen Blutes gebrochen. Pat. ist Kutscher, hat wenig starke Anstrengung erheischende Arbeit. Nach Angabe seines Herrn ist er ein mäßiger Trinker, aber ein ziemlich starker Raucher. Seine Mutter soll infolge von Magenleiden (Blutungen) gestorben sein. In dem Hofgebäude seiner Wohnung sollen 3—4 Wochen vor seiner Erkrankung 2 Kinder, die mit seinem 3jährigen Söhnchen gespielt haben, an Typhus

erkrankt sein. Das Söhnchen ist nicht erkrankt. Die näheren Details der Magenblutung sind: am 14. IV. abends im Stuhlgang einmal dunkelschwarzes Blut vom Pat. bemerkt. Auch trat zweimal Erbrechen von blutigen Massen ein. Am Aufnahmetage wiederholte sich das Blutbrechen. Mit Rücksicht auf den Pat. wird der Status erst nach einer Woche aufgenommen.

Status: Mittelgroßer, kräftiger, gut genährter Patient.

Thor. Lungen: über der linken Spitze etwas Giemen, sonst o. B.

Cor.: systolisches Geräusch über der Spitze und der Pulmonalis.

Ueber dem Bulbus jugularis besonders links sehr starkes Nonnensausen.

Puls: mäßig gefüllt, tardus, regelmäßig.

Abd.: Bauchdecken ziemlich straff eingezogen. Milz Vergrößerung nicht nachzuweisen. Stuhl angehalten, schwarz.

Am Tage der Aufnahme ist die Temperatur normal, auch in den nächsten Tagen.

22. IV. Pat. sehr matt und blaß. Druck auf den Proc. ensiformis sehr schmerzhaft, ganze Magengegend sehr druckempfindlich. Blutgeschmack im Munde, geringer Brechreiz.

24. IV. Kein Blutbrechen mehr. Stuhlgang fast ganz schwarz.

29. IV. Jede Druckempfindlichkeit in der Magengegend gewichen. Allgemeines Wohlbefinden des Patienten.

1. V. Heute ist Pat. außer Bett und fühlt sich ganz wohl.

4. V. Pat. ist noch etwas schwach, ist außer Bett und hat guten Appetit.

7. V. Pat. hat heimlich viel Schwarzbrot gegessen, Ansteigen der Temperatur und diffuse Leibschmerzen.

9. V. Pat. ist wieder fieberfrei, die Schmerzen sind geschwunden, der Stuhl normal, steht auf.

16. V. Seit dem 14. V. subfebrile Temperaturen und Klagen über das allgemeine Befinden. Stühle normal. Heute Auftreten von höheren Temperaturen ohne Schüttelfrost, doch mit leichtem Frösteln. Dabei heftige Gelenkschmerzen besonders im rechten Fußgelenk und den Kniegelenken. Urin zeigt deutlich die Diazoreaktion.

17. V. Gelenkschmerzen erheblich geringer, Stühle dünn, gelblich, nicht schichtend.

20. V. Heute undeutlicher Milztumor und deutliche Roseolen. Urin Diazoreaktion, Stuhlgang gelegentlich diarrhoeisch, grünlich-gelb.

24. V. Abklingen der Temperatur zur Norm. Milztumor noch deutlich, Roseolen abgeblaßt. Allgemeinbefinden besser. Geringe Bronchitis. Puls verlangsamt, mittelgroß, aequal, dikrot.

5. VI. Dauernd normale Temperaturen. Das Befinden des Pat. ist gut, abgesehen von geringen Nackenschmerzen, Milztumor, Roseolen, Diazoreaktion geschwunden.

16. VI. Das Befinden des Patienten war jetzt dauernd gut, so daß er jetzt aufsteht.

28. VI. Nach normalem weiter günstigen Verlauf wird Pat. heute entlassen.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen Typhus ambulatorius, in dessen Verlauf Bluterbrechen auftrat und der mit Fall VI zusammenzunehmen ist. (über das Bluterbrechen beim Typhus ambulatorius s. allg. Besprechungen p. 39.) Der Kranke, der mit normaler Temperatur ins Krankenhaus kam, ist ganz akut erkrankt. Eben noch gesund, erkrankte er plötzlich nach dem Genuß von kaltem Bier. 16 Tage nach seiner Aufnahme erkrankte er dann wieder, nachdem er

schon aufgestanden war, mit Gelenkschmerzen und Fieber und 4 Tage später gaben der auftretende Milztumor, die Roseolen und Bronchitis im Verein mit dem Temperaturverlauf darüber Aufschluß, daß es sich um einen Typhus ambulatorius handelte, in dessen weiterem Verlauf ein Rezidiv auftrat.

Fall XII.

M., Minna, 23 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 8. 12. 00.

Anamnese: Familienanamnese o. B.

Im Jahre 1899 Influenza mit Husten und ziehenden Schmerzen in den Gliedern. Seit 30. IX. hat sie Fieber und wurde so matt, daß sie sich hinlegen mußte. Während sie schon 8 Tage lang gefiebert, Durchfall gehabt, jedoch keinerlei Schmerzen gehabt hatte, nur über Mattigkeit klagte und zu Bett lag. In den letzten Tagen einige Male Erbrechen und Durchfall.

Status: Kräftig gebaute, wohlgenährte Patientin.

Kopf o. B.

Thorax o. B.

Lungen o. B.

Cor.: Ganz leichte Verbreiterung der Dämpfung nach links.

An der Herzspitze leichtes systolisches Blasen. 2. Pulm. Ton akzentuiert.

Abdomen: weich, nirgends schmerzhaft.

Milz deutlich palpapel und perkutorisch vergrößert.

Keine Roseolen.

Stuhl normal.

Agglutination 1:60 positiv in 15 Minuten.

15. XII. Seit gestern hat die Patientin subnormale Temperaturen. Patientin fühlt sich sehr wohl. Keine Roseolen.

Vom 9.—12. XII. war das Stadium der steilen Kurven.

2. II. Nach ungestörter Rekonvalescenz mit Ausnahme einer ganz leichten Angina von 22.—24. I. kann die Patientin entlassen werden.

Epikrise: Es liegt hier ein Typhus ambulatorius vor, der teils im Bett, teils außerhalb desselben durchgemacht wurde. Die Hauptbeschwerden, über die die Patientin klagte, waren die große Mattigkeit. Etliche Male kam dann noch Erbrechen dazu. Als die Pat. ins Haus kam, hatte sie stark intermittierendes Fieber (9.—12. XII. steile Kurven), das im Verein mit Milztumor und der Agglutination die Diagnose Typhus sicher stellte.

Fall XIII.

M., Karl, 26 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmbar.

Tag der Aufnahme: 18. XI. 1901.

Anamnese: Pat. will nie ernstlich krank gewesen sein. Vor etwa 5 Wochen erkrankte er unter den Erscheinungen einer „Erkältung", leichtem Fieber, Rückenschmerzen, Mattigkeit. Der behandelnde Arzt stellte die Diagnose Influenza, ordnete aber keine Bettruhe an. Stuhl und Appetit waren um diese Zeit in Ordnung. 14 Tage später stellten sich, während der Kranke noch unwohl war, Halsschmerzen und Schlingbeschwerden ein. Als sich nach Ablauf einer Woche die Beschwerden noch verschlimmerten, suchte Pat. das Krankenhaus auf.

Status: Kräftiger Mann, stark benommen.

Kopf: Augenlider stark geschwollen. An den Lidrändern eitrige trockene Borken.

Mund: Schleimhaut dunkelrot, trocken. Uvula geschwollen. Dieselbe, wie die übrige Schleimhaut mit trockenen Sekretfetzen, die sich leicht abziehen lassen, bedeckt.

Zunge: trocken.

Lungen o. B.

Cor.: Herzaktion ziemlich unregelmäßig.

Abdomen: Meteorismus.

An beiden Seiten etliche Roseolen.

Milz: perkutorisch beträchtlich vergrößert, wegen des Meteorismus nicht zu palpieren.

Urin: Indikan- und Diazoreaktion positiv. Blut 7700 Leukozyten.

20. XI. Agglutination 1:1 +.

1:10 beginnende Häufchenbildung.

Der Puls ist sehr unregelmäßig und weich. Ordination 3 × 2 Pil. Digitalis. 2stündlich Campher, Bäder.

21. XI. Der Stuhl ist angehalten. Die Roseolen mehren sich. Der Puls ist immer noch sehr weich und irregulär.

22. XI. Status idem. Der Kranke ist noch stärker benommen als bisher.

23. XI. Patient läßt den Urin unter sich gehen. Stuhlentleerungen mäßig, dunkel, breiig. Pat. ist sehr schwach, er hat Sehnenhüpfen an den Händen.

24. XI. Heute reichliche Stuhlentleerung von typhöser Beschaffenheit. Puls gut gespannt und gefüllt, regulär. Benommenheit bedeutend gebessert.

25. XI. Der Puls ist heute wieder sehr unregelmäßig. Die Spannung aber noch gut. Die Benommenheit hat wieder stark zugenommen. Abends Abgang ganzer Schleimmengen und hellroten Blutes. Deshalb bekommt Pat. eine Gelatineinjektion.

26. XI. Die Blutung steht. Der Puls ist aber sehr

klein und unregelmäßig. Der Pat. bekommt deshalb Campher, worauf aber keine Besserung eintritt.

27. XI. Heute wieder Abgang von starkblutigem Stuhl. Deshalb wird die Gelatineinjektion wiederholt und Opium gegeben. Der Puls ist sehr schlecht. Der Pat. verfällt zusehends, die Extremitäten werden kühl.

28. XI. Noch immer kontinuierlicher Abgang von Blut in geringen Mengen. Puls ist nicht mehr zu fühlen. Die Atmung sehr beschleunigt. Es werden Kochsalzinfusionen gemacht, jedoch ohne wesentlichen Erfolg. Abends 7^h tritt der Tod unter völligem Collaps ein.

Sektionsbefund:

Typhus abdominalis (Recidiv.) Haemorrhagia intestinalis. Ulcera coeci et ilei in statu solutionis. Pneumonia hypostatica duplex.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen Typhus ambulatorius, der unter solchen Symptomen erst verlief, daß er für eine Influenza gehalten wurde. Später, als dann Halsschmerzen und Schlingbeschwerden den Kranken zur Aufnahme ins Krankenhaus bestimmten, wurden die Beschwerden unter Berücksichtigung des Milztumors, der Roseolen und des positiven Ausfalls der Agglutination als durch Typhus bedingt erkannt, und die Diagnose durch die später eintretenden Darmblutungen und den Sektionsbefund sichergestellt. Die Blutungen traten also während des Recidivs ein, der eigentliche Hauptteil des Typhus hatte nur die Influenza ähnlichen Symptome gemacht.

Fall XIV.

Sch., Alfred, 23 Jahre.

Krankheitsanfang: ca. 27. VIII. 01.

Tag der Aufnahme: 2. IX. 01.

Anamnese: Als Kind Masern, Scharlach, Diphterie. Mit 16 Jahren lag, Pat. 8 Wochen an Nierenentzündung krank. Mit 19 Jahren machte er einen Gelenkrheumatismus durch. Vor 8 Tagen erkrankte er ohne nachweisbare Ursache mit Schüttelfrost und Stechen in der linken Lungengegend. Außerdem mußte er stark husten und litt nachts unter starkem Schweißausbruch. Schon mehrere Wochen vorher fühlte er sich matt und unwohl.

Status: wenig muskulöser Mann.

Thorax: normal breit, leidlich gewölbt.

Lungen: Ueber dem linken Unterlappen in der Axillarlinie deutlich pleuritisches Reiben mit vereinzelten knackenden Geräuschen, verkürzter Schall daselbst.

Cor: Grenzen normal. 1. Ton unrein.

Puls: mäßig gut gespannt.

Abdomen: o. B.

3. IX. Der Patient hat hohes intermittierendes Fieber. Das pleuritische Reiben ist nicht mehr zu hören.

4. IX. Hohe Continua. Das Fieber ist staffelförmig angestiegen. Die Pulszahl beträgt 100. Es ist ein deutlicher Milztumor zu palpieren.

5. IX. Heute Ausbruch von Roseolen. Die Agglutination ist 1 : 60 in 15 Minuten positiv ausgefallen.

7. IX. Heute ist zu den übrigen Beschwerden noch eine stärkere Bronchitis hinzugetreten.

11. IX. Die Pulsspannung ist heute recht gering. Sonst hat sich in dem Befinden des Kranken nichts geändert.

19. IX. Die Temperatur ist in den letzten Tagen lytisch zur Norm abgefallen.

Das Befinden besserte sich in der folgenden Zeit, Milztumor, Roseolen, Bronchitis verschwanden, so daß Pat. am

9. X. aufstehen konnte und nach völlig ungestörter Rekonvalescenz am 2. XI. als geheilt entlassen werden konnte.

Epikrise: Es handelt sich hier um einen Pneumotyphus, der im Anfange ambulant durchgemacht wurde. Es herrschten, als der Kranke zur Aufnahme kam, die pneumonischen Erscheinungen vor. Später verschwanden diese Erscheinungen, aber die Temperatur fiel nicht, sondern blieb als hohe Continua bestehen. Es traten Milztumor, Roseolen auf, später kam noch die Bronchitis hinzu, und als noch die angestellte Agglutination positiv ausfiel, so war kein Zweifel mehr, daß es sich um einen Typhus handelte, der im Anfange ambulant und als Pneumotyphus verlaufen war, später aber, nachdem die Erscheinungen von seiten der Lunge geschwunden waren, sich als regelrechter Abdominalis entpuppte.

Fall XV.

K., Oswald, 19 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 27. IX. 06.

Anamnese: Als Kind hat Pat. Diphterie und Nervenfieber gehabt. Oft wurde er wegen Bleikolik, Gelenkrheumatismus behandelt. Er war bis zum 1. Sept. 1906 auf der Wanderschaft in Tirol und Süddeutschland. Unterwegs hat er viel getrunken. Oefter, zum Beispiel in Innsbruck, hatte er heftige Kopfschmerzen und Schmerzen im Leib, Mattigkeit und häufige Entleerungen. Er arbeitete aber mit zeitweiligen Unterbrechungen bis zum 27. IX. Am 25. IX. legte er sich wegen Kopfschmerzen und großer Mattigkeit nieder.

Status: Mittelgroßer Mann in mittlerem Ernährungszustand.

Leichter Status typhosus.

Kopf: Zunge trocken belegt.

Foetor ex orc.

Rachen gerötet, kein Bleisaum.

Thorax:

Lungen: links leichte Verkürzung bis oberes $^2/_3$ der Scapula, rechts leichte Verkürzung von Spina bis Angulus scapulae, links oben Bronchialatmen.

An den verkürzten Stellen der rechten Seite verschärftes Atmen und Giemen.

Cor.: o. B.

Abd. Deutliche Roseolen am Rumpf.

Die Milz ist nicht palpabel.

Der Leib ist in toto etwas druckempfindlich.

Genitalien: eitriger Ausfluß aus phimotisch verengter Vorhaut.

28. IX. Blutentnahme: in 20 ccm Blutagar sind reichlich Typhuskolonien gewachsen.

Roseolen deutlich, zahlreich vorhanden.

Die Leukozytenzahl beträgt 5200. Der Stuhl ist gelblich-breiig. Im Urin kein Eiweiß, Indikan in Spuren.

2. X. Hohes Fieber. Der Stuhl ist erbsbreiartig. Der Patient ist nicht benommen.

10. X. Das bis jetzt bestehende Fieber läßt jetzt nach, heute nur noch 37,6°. Das Allgemeinbefinden hat sich wesentlich gebessert.

Die Zunge ist noch stark belegt.

13. X. Heute ist Patient fieberfrei.

14. X. Der Pat. hat verbotenerweise frisches Obst gegessen, daher Temperaturanstieg.

22. X. Heute ist Pat. wieder fieberfrei.

In der folgenden Zeit schreitet die Besserung immer mehr fort. Der Pat. hat guten Appetit und ist fieberfrei, so daß er am

16. XI. auf kurze Zeit aufsteht. Er muß aber am 18. XI. wegen Steigerung der Pulsfrequenz wieder strenge Bettruhe einhalten.

Am 1. XII. wird er auf Wunsch entlassen mit noch etwas labiler Herztätigkeit. Er wird aber angewiesen, sich noch in nächster Zeit zu schonen.

Epikrise: Im vorliegenden Falle handelte es sich um einen Typhus ambulatorius im wahrsten Sinne des Wortes. Denn der Kranke war, während er den Typhus durchmachte auf Reisen, machte Fußtouren, arbeitete einmal hier und dort und wurde eigentlich nur darauf aufmerksam gemacht, daß er nicht wohl sei durch Kopf- und Leibschmerzen, häufige Entleerungen und Mattigkeit. Diese letztere führte ihn denn auch ins Krankenhaus, wo die Diagnose, welche durch den bakteriologischen Nachweis der Eberth-Bazillen und den weiteren klinischen Verlauf sichergestellt wurde, Aufklärung gab über die wochenlangen unbestimmten Beschwerden des Kranken.

Fall XVI.

B., Emil, 25 Jahre.

Krankheitsanfang: unbestimmt.

Tag der Aufnahme: 28. IX. 1907.

Anamnese: Pat. soll sich seit 5 Wochen unwohl gefühlt haben. Am 23. IX. plötzlich starke Mattigkeit, deshalb suchte er das Bett auf. Es traten dünne Stühle auf, die ersten schwarz, die letzten von hellrotem Blut gefärbt. Am 27. IX. der letzte Blutstuhl, am 28. wurde Pat. ins Krankenhaus gebracht.

Status:

Kopf. o. B.

Thor.: Ueber den Lungen vereinzelte bronchitische Geräusche.

Cor.: o, B,

Puls: untermittel gespannt.

Abd.: etwas aufgetrieben. Roseolen in mittlerer Menge vorhanden.

Milztumor überragt den Rippenbogen um 2 Querfinger.

30. IX. Der Stuhlgang ist blutig.

Auf Blut (Galleagarröhrchen sind 14 Kolonien nach 12 Stunden, auf Agarröhrchen nach 3 mal 24 Stunden 6 Kolonien gewachsen.

1. X. Die heutige Untersuchung ergibt an der rechten Lunge hinten unten geringe Schallverkürzung, hier auch feinblasiges Rasseln.

9. X. Im Befinden des Pat. hat sich nichts wesentliches geändert. Heute am Anus, an Brust und Abdomen einige erbsen- bis kirschkerngroße Furunkel.

15. X. Die Furunkel der Bauchdecken werden inzidiert. Die Milch ist noch palpabel. An der Lunge ist nur noch etwas rauhes Atmen rechts unten hinten zu hören.

16, X. Patient hat wieder erhöhte Temperatur, nachdem er nicht ganz fieberfrei war. Es setzt ein Nachschub ein.

22. X. Auf den Platten, die wieder gegossen wurden, ist nichts gewachsen.

3. XI. Der Pat. befindet sich soweit ganz gut. Heute ist die Pulsfrequenz erhöht.

Die Rekonvalescenz schreitet langsam aber in normaler Weise vorwärts. Der Puls ist immer noch etwas labil, so daß dem Pat. empfohlen wird, noch im Krankenhaus zu verbleiben. Da er aber entlassen sein möchte, so geschieht dies am

21. gegen Revers.

Epikrise: Der vorliegende Fall zeigt einen Typhus ambulatorius, der durch eine erfolgende Darmblutung auf

die Diagnose führte. Sonst hatte der Pat. nur seit 5 Wochen über unbestimmte Beschwerden, hauptsächlich über Mattigkeit geklagt. Bei der Aufnahme waren Roseolen und Milztumor vorhanden, ebenso war eine Bronchitis nachweisbar. Die bakteriologische Untersuchung stellte dann noch die schon gestellte Diagnose ganz sicher.

Fall XVII.

S., Johann, 19 Jahre.

Krankheitsanfang: 21. IV.? 1908.

Tag der Aufnahme: 29. IV. 1908.

Anamnese: Pat. ist früher stets gesund gewesen. Am 21. IV. erkrankte er mit heftigen Kopfschmerzen, vorher hatte er noch eine größere Fußtour gemacht. Ungefähr am 8. Tage suchte er erst das Bett auf und wird am 29. IV. ins hiesige Krankenhaus aufgenommen.

Status: kräftiger Mann, stark benommen.

Kopf: o. B.

Thorax: o. B.

Puls: weich, beschleunigt.

Abdomen: einige Roseolen, Milztumor vorhanden.

Die Blutplatten bleiben frei.

29. IV. abends geringer Blutstuhl.

1. V. Blutentnahme: auf den Platten wächst nichts. Keine Agglutination.

2. V. Heute Morgen hat der Pat. eine starke Blutung. Das Blut sickert zum After heraus. Das hält ungefähr $1^1/_2$ Stunde an. Der dadurch verursachte Blutverlust beträgt ca. 1,5 l.

4. V. Wieder Blutstuhl. Heute aber nicht von hellrotem Aussehen, sondern dunkelschwarz. Die Benommenheit hält an.

9. V. Eine Blutentnahme ergibt folgendes Resultat;
Agglutination 1 : 30 positiv.
Einige Kolonien gewachsen.

15. V. Das Sensorium bleibt benommen. Ueber beiden Unterlappen feinblasiges Rasseln.

Puls klein und weich.

17. V. Heute morgen klagt Pat. über starke Schmerzen im Leib. Derselbe ist gespannt. Es besteht Meteorismus, Rapider Kräfteverfall, ausgesprochene Facics abdominalis. Puls wird flatterhaft. Um 1h erfolgt der Tod.

Sektion verweigert.

Epikrise: Es liegt hier ein Typhus ambulatorius vor, der auch erst durch die später erfolgende Darmblutung als solcher offenbar wurde. Anscheinend hat der Pat. denselben schon gehabt, als er größere Fußtouren unternahm. Er hatte damals heftige Kopfschmerzen. Erscheinungen von seiten des Magen-Darmkanals fehlten vollständig. Es ist leicht möglich, daß die Fußtouren und die mangelnde Ruhe die Darmblutungen begünstigten, und dadurch den Grund abgaben für das tragische Ende des Pat. Da die Sektion verweigert wurde, konnte die eigentliche Todesursache nicht sichergestellt werden, doch ist wohl anzunehmen, daß der durch Blutverluste geschwächte Patient einer Perforationsperitonitis zum Opfer fiel.

Fall XVIII.

S., Peter, 16 1/2 Jahre.
Krankheitsanfang: unbestimmt.
Tag der Aufnahme: 7. X. 1908.
Anamnese: Als Kind war Pat. nicht krank.

In den letzten Tagen des Septembers erkrankte er mit Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Verstopfung. Am 5. X ging

Pat. zum Arzt und hatte nach Angaben des letzteren Fieber. Er klagt über Kopfschmerzen. Am 30. Sept. war Pat. aus Rußland nach hier zugereist.

Status: Mittelgroßer junger Mann.

Kopf: o. B.

Thor: o. B.

Puls: zeigt Andeutung von Dikrotie, mittel gefüllt und gespannt.

Abd.: flach, nirgends druckempfindlich. Milz perkutorisch vergrößert, palpatorisch nicht.

Einzelne Roseolen.

9. X. Agglutination 1 : 1000 positiv.

Auf Galleplatten sind einzelne Kulturen gewachsen.

19. X. Seit dem 12. ist Pat. fieberfrei. Sein Allgemeinbefinden ist gut.

29. X. Nachdem der Pat. bisher fieberfrei war, ist heute ein Temperaturanstieg zu verzeichnen.

Die Milz ist nicht vergrößert.

15. XI. Pat. ist dauernd fieberfrei, sein Befinden gut so daß er am

28. XI. geheilt entlassen werden konnte.

Epikrise: Der Pat. hat sich offenbar in seiner Heimat infiziert und außer den vorerwähnten Beschwerden keine weiteren empfunden. Wahrscheinlich verlief der Typhus hier erst afebril, bis später Fieber auftrat. Im Krankenhause verlief der Typhus unter mäßigen Temperaturen (38°), das Fieber war remittierend. Durch die Agglutination und den bakteriologischen Befund konnte die Diagnose sichergestellt werden.

Allgemeine Krankheitssymptome.

Wenn wir uns nun jetzt mit den einzelnen Etappen im Verlaufe des Typhus ambulatorius beschäftigen und uns zunächst den Symptomen des Prodromalstadiums zuwenden, so finden wir, daß diese sich nicht wesentlich von denen anderer Infektionskrankheiten unterscheiden. Die Kranken klagen über Kopfschmerzen, Mattigkeit, es schmeckt ihnen nichts. Dabei empfinden sie in allen Gliedern unbestimmte Schmerzen, so daß sie sehr oft glauben, an Rheumatismus zu leiden. Hohes Fieber, so kann man wohl daraus schließen, daß die Kranken meist der gewohnten Tätigkeit nachgehen, haben die Patienten nicht. Sie werden zwar manchmal von Frösteln, welches dann gewöhnlich des Abends eintritt, heimgesucht, aber im Uebrigen befinden sie sich leidlich wohl. Das Frösteln braucht natürlich nicht nur abends aufzutreten, sondern befällt den Kranken auch oft zu jeder anderen Tageszeit. Nur pflegt es dann dieselbe Zeit einzuhalten. So erzählt Curschmann (1), von einem Spezialarzt, der allemal nach seiner Sprechstunde von einem starken Frostanfall heimgesucht wurde, während er in der übrigen Zeit frei davon blieb. Aehnlich erging es einem Rechtsanwalt, der vormittags während der Gerichtssitzung davon befallen wurde, so daß man ihn für malariakrank hielt, bis ein typisches Rezidiv Aufklärung schuf. Der Frost ist gewöhnlich ein Zeichen für das Ansteigen der Temperatur, und dieses Ansteigen findet gewöhnlich, wie Curschmann sagt, zu einer Zeit stärkerer Beschäftigung des Patienten, also reaktiv auf äußere Einwirkungen statt. Dieses bestätigt sich auch in unseren Fällen, wo Patienten noch größere Fußtouren unternahmen, oder schwere Arbeit verrichteten, da finden wir in der Anamnese Klagen über Frösteln.

Von allgemeinen Krankheitserscheinungen, wie wir sie beim

Typhus ambulatorius finden, seien ferner noch erwähnt die starken Schweiße, unter denen die Kranken leiden. Da dieselben meist des Nachts ausbrechen, sind die Patienten oft schlaflos und fühlen sich den anderen Tag sehr schwach. Oft finden wir unter den Klagen der Patienten Klagen über Schmerzen in den Beinen. So finden wir im Fall I, daß der Patient heftige Schmerzen in den Beinen empfand, die mit Anschwellung der Kniegelenke und der Knöcheln einhergingen, also Beschwerden, die auf eine Gelenkentzündung hinweisen. Im Falle IX weisen auch die Klagen des Pat. zuerst auf die Gelenke hin. Er empfand Steifigkeit in den Gelenken, später schwollen die Füße und Fußgelenke an und dann erst kam der Mann zum Liegen.

Was das Verhalten des Stuhles anbetrifft, so finden wir oft jähen Wechsel zwischen Verstopfung und Diarrhoe. In nicht ganz der Hälfte unserer Krankengeschichten finden wir, daß die Kranken dünne Stühle hatten, während, wie Curschmann angibt, im Verlaufe des gewöhnlichen Abdominalis in kaum $^1/_3$ aller Fälle Durchfälle vorkommen. Recht oft fanden sich in unseren Krankengeschichten Klagen über Schluck- und Schlingbeschwerden, Schmerzen auf der Brust und Husten, also Beschwerden, die auf eine Angina oder einen Bronchitis hindeuten. Daß die Bronchitis für die Typhusdiagnose sehr wesentlich ist, ist ja bekannt. Curschmann (1) hält sie für ein sehr wertvolles Zeichen, das auf einen schweren infektiösen Prozeß hinweist und in Verbindung mit den erwähnten Symptomen den Gedanken an einen Typhus nahelegen kann. Was die Angina anbetrifft, so finden wir unter unseren Krankengeschichten etliche Fälle, (Fall II, III, VI, XIII) wo die anginösen Beschwerden eigentlich den Kranken ins Krankenhaus führten und wo dann erst durch Nachweis von Roseolen, Milztumor oder Agglu-

tination die Diagnose Typhus sichergestellt werden konnte. Daß die Lunge oft als erstes Organ beteiligt ist und erst nach Ablauf einer Pneumonie die eigentlichen typhösen Erscheinungen in den Vordergrund treten können, zeigt Fall VIII und XIV. Letzterer vor allem, denn der Pat. erkrankte ganz unter den Erscheinungen einer Pneumonie mit Schüttelfrost und Stechen in der linken Lungengegend. Es fanden sich bei der Untersuchung pleuritisches Reiben, verkürzter Perkussionsschall und knackende Geräusche. Als dann diese Erscheinungen schwanden, die Temperatur aber nicht abfiel, sondern noch hoch blieb, freilich nicht mehr intermittierend wie anfangs, sondern als Continua, traten Milztumor und Roseolen auf und die positiv ausgefallene Agglutination bestätigte nur die Diagnose Typhus. In beiden Fällen klagten die Kranken schon lange vor Ausbruch der Pneumonie über allgemeine Beschwerden, wie über Mattigkeit, Kopfschmerz, Appetitlosigkeit, während doch die akute genuine Pneumonie den Kranken aus vollster Gesundheit heraus zu befallen pflegt. Wenn man natürlich aus diesen 2 Fällen noch lange keinen Schluß ziehen darf, so ist doch immerhin meines Erachtens nach dieses Verhalten bemerkenswert, und es wäre wohl kein Fehler, bei ähnlichen Fällen auch an einen Typhus ambulatorius mit pneumonischen Erscheinungen zu denken und darnach seine Maßregeln zu treffen.

Als ein, wenn auch seltenes, so doch nicht weniger hervorzuhebendes Symptom ist das Bluterbrechen beim ambulatorius zu erwähnen. Schlesinger (3) stellte in einer Sitzung der Gesellschaft für Medizin und Kinderheilkunde in Wien einen solchen Patienten vor. Es handelte sich da um einen Mann, der mitten aus der Arbeit heraus mit hohem Fieber und Haematemesis erkrankte. Magenerscheinungen hatte er nicht gehabt, Herz und Lunge erwiesen sich als

normal, am Abdomen war nirgends Druckempfindlichkeit vorhanden. Die Milzdämpfung war vergrößert, der Blutbefund ein dem bei Typhus entsprechender. Gruber-Widal positiv. Der weitere Verlauf lehrte, daß Pat. einen Typhus ambulatorius durchgemacht hatte und erst am Schlusse desselben die Haematemesis bekommen hatte. Wie diese Erscheinung zu erklären ist, weiß Schlesinger nicht anzugeben. Er bringt sie mit einem Ulcus ventriculi, an dem der Pat. vor drei Jahren gelitten, und das er sich in Folge typhöser Gefäßveränderung von neuem ulceriert denkt, in Zusammenhang, doch meint er, ist es dann merkwürdig, daß Haematemesis nicht öfter beobachtet wurde, da doch anzunehmen sei, daß recht viele Personen, die früher einmal ein Ulcus ventriculi gehabt haben, an Typhus erkranken.

Ein anderer Fall, den auch Schlesinger erwähnt, betrifft ein junges Mädchen, bei dem ebenfalls im Verlauf des Typhus eine Haematemesis bemerkt worden war, die den Tod zur Folge hatte. Nach einer Mitteilung des Prof. Kretz, der die Sektion vornahm, war das Blut durch Lücken der Schleimhaut aus den Gefäßen in das Mageninnere gelangt.

Auch unter unseren Krankengeschichten befinden sich 2 Fälle, wo Bluterbrechen beim ambulatorius auftrat. Der eine betrifft ein junges Mädchen, bei dem unter Begleitung von Kopfschmerzen Erbrechen eintrat. Unter dem Erbrochenen befand sich etwa ein Teelöffel schwarzes Blut. Dasselbe wiederholte sich am nächsten Tage. Dabei hatte sie Halsschmerzen und Schmerzen auf der Brust beim Husten. (Fall VI) Der andere Fall betrifft einen Kutscher (Fall XI), der nach dem Genusse von kaltem Bier Bluterbrechen mit starken Magenschmerzen bekam. Er erbrach dann noch mehrmals Blut. Auch waren seine Ausleerungen mit dunkelschwarzem Blute vermischt. Dieser Fall ist dem von

Schlesinger erwähnten an die Seite zu stellen, denn auch in unserem Fall war der Mann bisher ganz gesund, und wurde aus vollster Gesundheit heraus von dem Bluterbrechen befallen. Ein später auftretendes Rezidiv klärte die Erkrankung des Pat. als Typhus ambulatorius auf. Wie die Blutungen in unseren Fällen zu erklären sind, weiß ich nicht anzugeben. Im zweiten Falle könnten wohl eine Druckempfindlichkeit des Patienten unterhalb des Proc. xiphoideus und die starken Magenschmerzen, die Pat. gehabt zu haben angibt auf ein Ulcus ventriculi deuten. Doch ist die Sache nicht sicher. Wahrscheinlicher erscheint mir, daß diese Neigung zu Blutungen auf eine allgemeine größere Brüchigkeit der Gefäße zu beziehen ist, auf welche ja Curschmann (1) auch das stärkere Nasenbluten im Verlaufe des Abdominalis zurückführt.

Verhalten der Temperatur.

Da, wie es in der Natur der Sache liegt, zu sehr vielen Fällen von Typhus ambulatorius ein Arzt überhaupt nicht zugezogen wird, und die Patienten auch kein Krankenhaus aufsuchen, werden genauere Messungen natürlich sehr selten ausgeführt. Wir können einen Schluß auf das Verhalten der Temperatur daher nur aus denjenigen Fällen ziehen, die dem Krankenhause zugehen. Fragen wir uns erst, was in der Literatur über das Verhalten der Temperatur berichtet wird, so finden wir bei Curschmann (1) und (4) folgende Angaben darüber.

1. hat er beobachtet, ein einfaches remittierendes Fieber auf niederer Lage, so daß am Vormittage die Norm fast nicht überschritten wird. Dabei können zu jeder Zeit unregelmäßige Schwankungen infolge von Erregungen vorkommen.

2. braucht überhaupt kein Fieber aufzutreten, der am-

bulatorius verläuft ganz afebril, manchmal während seiner ganzen Dauer, manchmal nur tagelang [Breuer (13.)]

3. kennt Curschmann einen intermittierenden Fieberverlauf. Dieser ist aber am seltensten. Das Ansteigen der Temperatur, das von starkem Frösteln meist begleitet ist, findet dann sehr oft nicht abends, sondern gerade in den Morgenstunden statt.

Im Handwörterbuch der gesamten Medizin (5) wird der Fieberverlauf im allgemeinen als ein recht konstanter bezeichnet. Das Fieber, so heißt es, steigt langsam an und endet lytisch. Die Temperaturen gehen nicht leicht über 40—41° hinaus, höhere geben zu Zweifel an der Diagnose Anlaß. Die Febris continua ist so regulär, daß jähe, nicht künstlich hervorgerufene Abfälle den dringenden Verdacht auf eine Komplikation wachrufen müssen. Typus inversus gehört zu den größten Seltenheiten.

Aus den Fieberkurven unsrer Krankengeschichten geht nun hervor, daß eine Febris continua auf mäßig hoher Lage am häufigsten ist. Es wurde dieselbe in 50% aller unsrer Fälle beobachtet. Dann kommt das einfache remittierende Fieber (6:18 = 33%.) Am seltensten war das intemittierende Fieber (3:18 = ca. 17%.) Wie schon Curschmann erwähnt, fand sich auch hier in der Mehrzahl der Fälle der Höhepunkt der Temperatur nicht abends, sondern in den Vormittagsstunden resp. der Mittagszeit. Was den Anstieg und Abfall des Fiebers anbetrifft, so fanden sich die Angaben im Handbuch der gesamten Heilkunde bestätigt.

Verhalten des Pulses.

Während im Verlaufe des gewöhnlichen Abdominalis der Puls merkwürdig langsam ist in Bezug auf die Temperaturhöhe, im Gegensatz zur Frequenz bei gleicher Temperatur-

höhe im Verlaufe andrer Infektionskrankheiten, scheint er beim ambulatorius auffallend frequent, jedenfalls frequenter als bei bettlägerigen Typhuskranken (n. Curschmann). In unseren Krankengeschichten finden wir das in 10 Fällen bestätigt, während in den übrigen 8 Fällen der Puls nicht beschleunigt war. Dikrotie bestand in 4 Fällen.

Verhalten der Milz, Roseolen.

Wie beim Typhus abdominalis gewöhnlichen Verlaufes, so ist auch beim ambulatorius der Milztumor sehr häufig, wenn auch nicht so häufig wie beim ersteren. Oft, sagt Curschmann, weisen schon die Klagen der Kranken über abnorme Empfindungen in der linken Oberbauchgegend auf einen solchen hin. In den 18 Fällen, die in dieser Arbeit veröffentlicht wurden, konnte 10mal (55%) ein Milztumor deutlich nachgewiesen werden. In den übrigen Fällen konnte er nicht festgestellt werden. Anders verhielt es sich mit den Roseolen. Sie waren in 15 Fällen vorhanden, also in 83%. (15:18.)

Weiterer Verlauf des Typhus ambulatorius.

Die Verlaufsarten, die der Typhus ambulatorius nehmen kann, können, wie wir im folgenden sehen werden, sehr verschieden sein. Curschmann unterscheidet 2 Hauptformen:

1. Die Krankheit zeigt die gewöhnliche Dauer eines Abdominalis, d. h. sie erstreckt sich im Genesungsfalle über 4—6 Wochen.

2. Die Krankheit zeigt das Bild des unausgebildeten leichten Typhus. Hierher gehören Fälle, welche lange Zeit unter der Diagnose Angina, Magen-Darmkatarrh, Influenza gehen. Hierhin gehört wohl auch Fall V, der ein Kind anbetrifft, welches nur eine etwas belegte Zunge und eine ge-

ringe Bronchitis aufzuweisen hatte, sich sonst ganz wohl fühlte und auch über guten Appetit verfügte. Ein Milztumor war nicht vorhanden, Roseolen waren da. 18 Tage nach der Aufnahme konnte das Kind bereits wieder entlassen werden.

Was die Dauer des ambulatorius anbetrifft, so kommt im Durchschnitt 6 Wochen auf den Fall, vom Tage der Aufnahme ins Krankenhaus an gerechnet bis zu seiner Entlassung. Vom Tage des Krankheitsanfanges an läßt sich das natürlich bei der Unsicherheit desselben in vielen Fällen nicht berechnen. Diese Zahlen sind wie gesagt Durchschnittszahlen, natürlich kann sich der ambulatorius auch über eine längere Zeit, bis zu 10 Wochen und darüber hinaus erstrecken. Um nun wieder auf den Verlauf zurückzukommen, so war schon oben erwähnt worden, daß es Fälle gibt, die ganz afebril verlaufen. Dann tritt aber sehr oft ein Rezidiv ein. Wegen dieses oftmals leichten Verlaufs darf man aber nicht annehmen, daß Komplikationen wie Darmblutungen, Perforationsperitonitis deshalb hier seltener wären als beim gewöhnlichen Abdominalis. Curschmann meint, daß gerade beim ambulatorius diese Ereignisse häufiger wären als beim typisch verlaufenden Abdominalis. Den Grund sieht er in der vernachlässigten Pflege, Diätfehlern usw., denen solche Patienten natürlich bei der Nichtkenntnis ihrer Krankheit ausgesetzt sind. So finden wir über Perforationsperitonitis beim ambulatorius viele Angaben. Nur einige seien hier herausgegriffen:

Dreschfeld (6), erzählt einen solchen Fall, wo ein Arbeiter beim Ausbessern eines Daches plötzlich herunterfiel und starb. Bei der Sektion zeigten sich typische Typhusgeschwüre im Ileum. Die Frau des Betreffenden wußte nur, daß ihr Mann wenige Tage über Kopfschmerzen, Mattigkeit, und Unruhe geklagt hatte.

Auch Strümpell (7) erwähnt, daß häufig, scheinbar ganz gesunde Menschen unter dem Zeichen einer schweren Perforationsperitonitis beim ambulatorius gestorben sind und die Sektion dann einen fortgeschrittenen Typhus bestätigte.

Die Darmblutungen haben natürlich dieselbe Bedeutung wie beim typischen Abdominalis, daß sehen wir aus Fall 13. Es handelte sich da um einen Patienten, der sich schon lange unwohl gefühlt, aber nicht zu Bette gelegen hatte. Bald nach seiner Aufnahme ins hiesige Krankenhaus traten dann Darmblutungen auf, die zum Exitus führten. In einem anderen Falle (Fall XVI) genas der Patient. Der letzte Fall, bei dem Darmblutungen auftraten, betraf einen Mann, der noch kurz vorher eine größere Fußtour unternommen hatte. Ob das der Blutung Vorschub geleistet hat, ist nicht mit Bestimmtheit zu sagen, wohl aber wahrscheinlich. Der Kranke, der wohl die Hälfte seiner Blutmenge verloren haben mag, fiel dann vermutlich einer Perforationsperitonitis zum Opfer. Fassen wir noch einmal zusammen, so haben wir unter den 3 Fällen, die mit Darmblutungen einhergingen, 2 Todesfälle zu verzeichnen, also wohl sicher ein Beweis dafür, daß die Darmblutungen beim ambulatorius mindestens dieselbe Bedeutung haben, wie beim gewöhnlichen Abdominalis, wenn sie nicht noch ominöser sind. Wegen aller dieser Umstände wird gerade der ambulatorius nicht mit Unrecht in Eulenburgs Encyklopaedie (8) „eine recht insidiöse“ Form genannt und Curschmann gibt den Rat, bei jeder umschriebenen oder allgemeinen Peritonitis, welche aetiologisch und klinisch unklar ist, an die Möglichkeit eines ambulatorius zu denken.

Daß selbst bei ganz afebrilem Verlauf Todesfälle vorkommen können, erfahren wir aus einem Berichte Walls (9), der 2 Fälle von Typhus ambulatorius beschreibt, die ohne

Temperaturerhöhung verliefen und mit dem Tode endeten. Einen ebensolchen Fall teilt auch Brittan (10) mit. Barbaret (11) und Chonet (11) beschreiben ebenfalls einen Fall, wo der Tod ohne hervortretende Erscheinungen eintrat. Bei sämtlichen Fällen wurde die Diagnose Typhus durch die Sektion sichergestellt. Eine ganz merkwürdige Verlaufsart eines ambulatorius, die Surmay (12) berichtet, möge mir noch anzuführen erlaubt sein. Es handelte sich um eine Frau, die plötzlich unter heftigem Leibweh erkrankte, nachdem sie am Abend vorher noch gesund gewesen war. Es wurde bei der Untersuchung über der Symphyse eine faustgroße, weiche, tympanitisch klingende Geschwulst gefunden, die mehrere Oeffnungen, wie Nadelstiche aufwies, aus denen bei Druck fäkale Flüssigkeit und stinkende Gase ausströmten. Die Operation dieses Kotabszesses gewährte eine kurzdauernde Erleichterung, doch trat an demselben Tage noch der Tod ein. Bei der Sektion fand man im Dünndarm mehrere ulcerierte Plaques, von denen einige nur noch das Bauchfell zur Wandung hatten. Das eine dieser Geschwüre hatte ein Loch von 3 cm Breite. Im Coecum fand sich ebenfalls ein Geschwür mit einem Durchbruch von gleicher Größe. Beide Oeffnungen mündeten in eine Tasche, welche vom Netz und von der Bauchwand gebildet, den Kotabszeß dargestellt hatte.

Curschmann (4) erwähnt noch als wenn auch seltene Verlaufsart des ambulatorius die Perityphlitis typhosa, die auch leicht zu einer Perforationsperitonitis führen kann. Ich verweise dabei auf Fall X. Es handelte sich da um einen Mann, der nach dem Genusse von kaltem Getränk plötzlich unter Erbrechen erkrankte. Seitdem hatte er Schmerzen im Abdomen, die im Anfange hauptsächlich in der Ileocoecalgegend ausgesprochen waren. Der Stuhl war angehalten

Pat. arbeitete weiter, mußte sich aber dann ins Krankenhaus aufnehmen lassen. Der weitere Verlauf war dann so, daß einige Tage nach der Aufnahme die Temperatur zur Norm abfiel, dann aber wieder staffelförmig sich erhob bis zu einer Continua von über 39° ohne Auftreten irgend welcher subjektiven Beschwerden. Milztumor und Roseolen fehlten, der Puls war deutlich dikrot und es bestand geringe Bronchitis, so daß der nachträgliche Anstieg trotz Fehlens von Roseolen und Milztumor doch als Rezidiv anzusprechen war. Die Temperatur fiel dann lytisch ab und der Patient konnte nach normaler Rekonvalescenz $2^1/_2$ Monat nach dem Tage der Aufnahme entlassen werden. Wie in der klinischen Vorstellung des Pat. seinerzeit erörtert wurde, handelte es sich um eine Perityphlitis typhosa, die den Pat., der nebenbei einen ambulatorius durchmachte, erst zum Liegen brachte.

Sind solche Fälle schon selten, so ist doch die Erscheinung, daß ein ambulatorius unter dem Bilde eines foudroyanten Nachschubs endet, noch seltener. Im Allgemeinen sind die zwei Hauptformen der Verlaufsart, die Curschmann angibt, am häufigsten. Das fanden wir auch in unseren Fällen bestätigt. Häufig waren Rezidive, was sich ja auch mit den Angaben Curschmanns deckt, der meint, daß gerade bei den unausgebildeten Formen, wie bei ambulatorius, schwere, langdauernde Rezidive auftreten, so charakteristisch, daß aus ihnen erst die bis dahin schwankende Diagnose gesichert wird.

Was die im Verlaufe des Abdominalis auftretende Leukopenie anbetrifft, so fanden wir auch beim ambulatorius, soweit Zählungen der weißen Blutkörperchen vorgenommen wurden, eine solche vorhanden. In bezug auf das Alter, in dem die Kranken befallen werden, stimmt das Resultat unsrer Krankengeschichten mit der Annahme Curschmanns

überein, daß es meist Erwachsene sind, die vom ambulatorius betroffen werden. Bezüglich des Geschlechts überwiegen in unseren Krankengeschichten die Männer. Das gleiche Verhalten hat auch Curschmann beobachtet. Er führt das darauf zurück, daß die Männer widerstandsfähiger sind als die Frauen, und zuweilen wohl auch mit Hülfe des Alkohols sich leichter über die Beschwerden hinweghelfen.

So bin ich denn am Schlusse meiner Arbeit angelangt. Blicken wir noch einmal zurück, so finden wir, daß sich das Resultat, das wir aus unseren Krankengeschichten ziehen konnten, mit den Angaben der einschlägigen Literatur deckt, und ich wünsche, daß die veröffentlichten Fälle einen Beitrag liefern mögen zur Literatur dieser manchmal so unklaren atypischen Verlaufsart des Typhus abdominalis, deren Nichterkennen doch so schwere Folgen nach sich ziehen kann.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Rat Prof. Dr. Curschmann für die liebenswürdige Ueberlassung der Krankengeschichten, Herrn Prof. Dr. Rolly für die Durchsicht der Arbeit und Herrn Privatdozent Dr. Steinert für die freundliche Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. **Curschmann,** Der Unterleibstyphus. Spez. Pathol. und Therapie herausgegeb. v. Nothnagel.
2. **Griesinger,** Darmtyphus Handb. der spez. Pathol. und Therapie herausgegeb. v. Rud. Virchow.
3. **H. Schlesinger,** Mitteilungen der Gesellschaft für innere Medizin u. Kinderheilk. in Wien 1907, No. 4.
4. **Curschmann,** Ungewöhnliche Verlaufsweisen und plötzliche Todesfälle bei Unterleibstyphus. Deutsche Med. Wochenschrift 1904, 30. Jahrg. No. 17.
5. Handwörterbuch d. gesamten Medizin. Herausgeg. v. Dr. A. Villaret. II. Bd. S. 997.
6. **Dreschfeld,** zitiert nach Handbuch d. prakt. Medizin, herausgegeb. v. Ebstein u. Schwalbe. Bd. IV, S. 76.
7. **Strümpell,** Lehrb. d. spez. Pathol. u. Therapie der inneren Krankheiten. Bd. I, S. 24.
8. **Eulenburgs** Realencyklopädie der gesamten Heilkunde. Bd. I, S. 42.
9. **Wall, W. R.,** Enteric fever latens. Lancet. Sept. 6 p. 331.
10. **Brittan,** Case of typhoid perforat. absence of all the usuell characteristics of enterie fever. Lancet. June 28, p. 409.
11. **Barbaret et Chonet,** Contribution à l'étude de la mort subite dans la fièvre typhoide. Gaz. hebd. d. méd. et de chirurg. No. 21.
12. **Surmay,** L'Union méd. 165. 1885.
13. **Breuer, Ferd.,** Ueber anomale kurzdauernde Typhen mit größtenteils afebrilem Verlauf. Inaug. Diss. Bonn, 22. Febr. 1895.

Lebenslauf.

Ich, Georg Rudolf Adalbert Göpfert wurde am 27. Aug. 1882 als Sohn des Realgymnasialprofessors Dr. phil. Ernst Göpfert zu Annaberg in Sachsen geboren. Nachdem ich anfangs das dortige Realgymnasium besucht hatte, ging ich auf das Gymnasium Albertinum zu Freiberg über, welches ich Ostern 1904 mit dem Reifezeugnis verließ, um in Leipzig Medizin zu studieren. Ende S. S. 1906 bestand ich die ärztliche Vorprüfung und am 30. Mai 1909 das medizinische Staatsexamen. Seit 1. Juli 1909 war ich als Medizinalpraktikant in der Leipziger Universitätspoliklinik für Ohren-, Nasen-, Halskranke tätig. Zurzeit bin ich am Henriettenstift zu Hannover als Medizinalpraktikant beschäftigt.